

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

978 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BADIA

Diplômé d'Etudes Complémentaires de Pédiatrie et Puériculture
de la Faculté de Médecine de Paris

Né en 1931 à Tiesson Man (Côte-d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 1963

**Quelques réflexions
sur la traumatologie automobile
sur son double aspect social et psychologique**

Président : M. MERLE D'AUBIGNÉ, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : BADIA

Prénom : JEAN

Date de soutenance : 27 juin 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

BADIA (JEAN) — Quelques réflexions sur la traumatologie automobile sur son double aspect social et psychologique.
- Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

BADIA (JEAN) — Quelques réflexions sur la traumatologie automobile sur son double aspect social et psychologique.
- Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

BADIA (JEAN) — Quelques réflexions sur la traumatologie automobile sur son double aspect social et psychologique.
- Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).

BADIA (JEAN) — Quelques réflexions sur la traumatologie automobile sur son double aspect social et psychologique.
- Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1963, in-8°, 55 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1963, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean BADIA

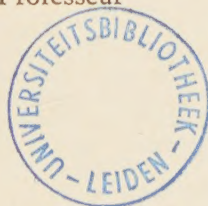
Diplômé d'Etudes Complémentaires de Pédiatrie et Puériculture
de la Faculté de Médecine de Paris

Né en 1931 à Tiesson Man (Côte-d'Ivoire)

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 1963

**Quelques réflexions
sur la traumatologie automobile
sur son double aspect social et psychologique**

Président : M. MERLE D'AUBIGNÉ, Professeur



I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHEL (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.)

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . .	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports .	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale . .	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique . . .	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven.	BOYER (J.)
Médecine du Travail . . .	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . .	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique . . .	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale . . .	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire . .	TURIAF (J.)
Pathol. et therap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale . . .	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée .	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiolog. (Broussais) . .	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin) . . .	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca) . .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . .	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) . .	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker) . .	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)

Cliniques :

MM.

- médicales : Broussais : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - Cochin : BROUET (G.); - Hôtel-Dieu : BARIÉTY (M.); - Lariboisière : SÈZE (S. DE); - Pitié : DREYFUS (G.); - Saint-Antoine : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).
- d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. DEBRAY (Ch.)
- médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. MARIE (J.)
- médicale propédeutique (Broussais) .. JUSTIN-BESANÇON (L.)
- médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. DEROT (M.)
- neuro-chirurgie (Pitié) .. DAVID (M.)
- neurolog. (Salpêtrière) GARCIN (R.)
- obstétricales : Baudelocque : LACOMME (M.); - Foch (Suresnes) : MERGER (R.).
- obstétricale et gynéc. (Port-Royal) .. VARANGOT (J.)
- ophtalmol. (Hôtel-Dieu) RENARD (G.)
- » (Cochin) .. OFFRET (G.)
- oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) .. AUBRY (M.)

MM.

Cliniques :

- pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...
- pneumo-phthisiologie (Laennec) .. BERNARD (E.)
- neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .. MICHAUX (L.)
- rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)
- stomato. (Salpêtrière) .. DECHAUME (M.)
- thérapeutique chirurg. (Vaugirard) .. ROUX (M.)
- thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. LEMAIRE (A.)
- toxicologique .. GAULTIER (M.)
- urologique (Cochin) .. ABOULKER (P.)
- chirurg. orthopédique et traumatologique .. PADOVANI (P.)
- Séméiologie médicale .. DOMART (A.)
- Séméiologie et clinique chirurgicales .. POILLEUX (F.)
- Séméiologie traumatique et orthopédique .. JUDET (R.)
- Clinique urolog. (Necker) COUVELAIRE (R.)
- Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance (Trousseau) N...

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

- Hydrologie et climatologie GIBERTON (A.)
- Maladies infectieuses .. BASTIN (R.)
- Oto-Rhino-Laryngologie .. MADURO (R.)
- Pneumo-Phthisiologie .. KREIS (B.)

- Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
- Rhumatologie .. DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).

Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) *pr. s. ch.* MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *pr. s. ch.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie : MM. BARBIER (P.); *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), *pr. s. ch.*; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).

Bactérie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).

Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), *m. conf.*; LEDOUX-LEBARD (G.).

Embryologie : M. ROUX (Ch.).

Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie : MM. COUJARD (R.), *p. s. ch.*; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).

Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRÉ (H.).

Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).

Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHET (G.); SEBAOUN (J.).

Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).

Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie : M^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAITRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM.CHANTEUR (J.); COURSA-GET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phthisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUIROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conser-
vateur du Musée d'Histoire de la Médecine :
M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*Je dédie ce modeste travail à toutes celles et à
tous ceux qui m'ont montré le chemin de l'amour
du prochain, la voie de la dignité et celle du
succès par le travail, le courage et la persévérance*

A MON PERE

Exemple de dignité et de bonté.

*Qui a consenti des sacrifices illimités sans
lesquels je ne serais pas ce que je suis.*

A MA MERE ET TILA

*Si admirables de tendresse et de dévouement
pour nous tous : mes sœurs, mes frères
et moi.*

Mes très affectueuses pensées.

A MA TANTE YE-AKPA

*Il me restera toujours en mémoire l'exemple
de son courage et de sa persévérance
dans l'effort. Elle fut pour moi une seconde
mère. Sa clairvoyance et son esprit d'initiative
m'ont ouvert les portes de l'école primaire.
Que ses enfants trouvent dans les résultats
de mes études, le témoignage de l'éducation
commune que nous avons reçue d'elle.*

A MONSIEUR YOURUMAN BABA

*Il a joué le rôle d'un second père pour
moi. Ce travail est une mince récompense
du bien qu'il m'a fait. Je ne cesserai jamais
de me considérer comme son véritable fils
aîné.*

AUX ECOLES PRIMAIRES CATHOLIQUES
DE BOUAKE ET D'ABIDJAN

A MES DIRECTEURS
MESSIEURS LES R.P. ALEZARD ET TAVERNIER

A MES MAÎTRES ET A MES CAMARADES
DES ECOLES PRIVEES CATHOLIQUES
DE BOUAKE ET D'ABIDJAN

Ma profonde sympathie.

A MONSIEUR SAÏD ANTOINE MERAL

Mon plus grand ami au monde. Il guida mes premiers pas sur les terrains de jeux et de sports, parmi une jeunesse joviale et enthousiaste. Ses sages conseils et sa générosité sans limite ont soutenu admirablement ma vocation et favorisé mon ascension vers les études secondaires. Qu'il trouve également dans ce travail le témoignage de mon profond attachement et de mon indicible amour.

A TOUS LES MIENS

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES ET A MES NIECES

Mes sentiments affectueux.

A MA TERRE NATALE

*Man-péomé, humble et doux berceau de mon enfance,
Combien j'aime la magnificence de ton site !
Combien grande est ta souffrance mêlée d'espérance !
Que ce travail annonce l'aube limpide de la réussite
De tes enfants jeunes et studieux,
Qui vivront heureux, dans un nouveau monde
Où règnera un ordre social propère et harmonieux,
Remplaçant la misère, les taudis, les insalubres cases rondes.*

A LA COTE D'IVOIRE ET L'AFRIQUE

*Je dois mon devenir à l'Afrique entière
et à la contribution sociale du généreux
peuple éburnéen. Ce travail est un faible
gage de ma profonde reconnaissance.*

A LA FRANCE

*Pour l'esprit libéral et humanitaire qui
règne dans ses Universités auxquelles je
suis redevable d'une grande partie de ma
culture. Mes sentiments reconnaissants.*

AUX LYCEES D'HYERES ET DU MANS

A MM. les Proviseurs, les Professeurs qui me comptent parmi leurs anciens élèves (M. Praud, Proviseur ; M. Mermet, Professeur de français), ainsi qu'à tous les parents d'élèves qui m'ont reçu dans leurs familles accueillantes et à tous mes camarades d'études et de jeux.

Qu'ils trouvent tous ici le témoignage de mes bons souvenirs et de ma très grande gratitude.

A MADAME E. VERDINOT

Elle est le modèle des mères parfaites. Je ne saurai jamais assez la remercier de son amour maternel que j'ai partagé longtemps avec ses enfants : mon ami et confrère Albert Verdinot et son jeune frère Jacky.

Qu'elle trouve ici avec toute sa famille et son mari, l'assurance de mon affection.

A LA FACULTE DES SCIENCES DE POITIERS

A TOUS MES ANCIENS PROFESSEURS D'ETUDES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET BIOLOGIQUES

En remerciement de leur bon enseignement.

Hommage respectueux.

Nous voulons également remercier :

— d'une part, nos grands maîtres qui nous ont enseigné que la médecine (par son double rôle préventif et curatif des souffrances humaines) est tout amour ...

— d'autre part, nos collègues, nos amis, nos bien-faiteurs et tous les scientifiques qui ont orienté nos recherches, aidé et contribué à l'édification de cette œuvre.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE D'AUBIGNE

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale Orthopédique
à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, après nous avoir réservé un accueil cordial dans son Service d'orthopédie de l'Hôpital Cochin. C'est là que nous avons trouvé l'inspiration pour traiter ce sujet, grâce aux contacts directs pris avec des malades. Les documents recueillis au Centre de Traumatologie, ainsi que la lecture de ses grands travaux scientifiques sur « Les traumatismes consécutifs aux accidents de la route », éclairèrent notre lanterne dans l'élaboration de cette thèse, qui n'aurait pas vu le jour sans son bienveillant contrôle, lequel fut indispensable à sa bonne réalisation.

Aucun mot ne saurait traduire notre reconnaissance et notre admiration à son égard. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueux hommage.

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ARON

Doyen de la Faculté de Médecine de Tours

La clarté de ses leçons de physiologie et ses qualités de grand clinicien nous resteront toujours en mémoire.

Nous le prions d'agréer l'expression de notre hommage respectueux.

NOS VENERES MAITRES
DES FACULTES DE MEDECINE
DE TOURS ET DE PARIS

Ils nous ont guidé loyalement en dignes disciples d'Hippocrate.

Qu'ils trouvent dans ce travail l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond respect.

MESSIEURS LES MEDECINS
DE L'HOPITAL DE TREICHEVILLE (ABIDJAN)

DOCTEUR A. ANGATE (Chirurgie)

DOCTEUR J. ANTOINE (Gynécologie)

DOCTEUR BOUCHER (Radiologie)

DOCTEUR BROUTIN (O.R.L.)

DOCTEUR BRUNEL (Phtisiologie)

DOCTEUR DELORMAS (Phtisiologie)

DOCTEUR J. EKRA (Maternité)

DOCTEUR HUETTE (Pédiatrie)

DOCTEUR LEVANTI (Ophtalmologie)

DOCTEUR H. MERLE (Chirurgie)

DOCTEUR S. OUEDRAOGO (Chirurgie)

DOCTEUR THOMAS (Médecine)

DOCTEUR H. VARLET (D.C.H. d'Abidjan)

*Qui nous ont réservé un si bon accueil
dans leur Service respectif et transmis avec
bienveillance beaucoup de leur expérience
de la médecine tropicale durant notre stage
de sixième année à l'Hôpital de Treicheville.*

*Nous les assurons de nos sentiments res-
pectueux et reconnaissants.*

NOS COLLEGUES ET FUTURS CONFRERES
DE L'INTERNAT DES HOPITAUX D'ABIDJAN

MESDAMES RANAIVO ET MARQUEZ
MESSIEURS AKA, AYE, BEUGRE, BIETHO, DAVID,
DIARRA, KONE, SETA, VHINCK ET ZOUKAGNI

Que de fois avons-nous pensé, au cours de ce travail, au nombre troublant de blessés graves de la route qui affluent journellement — dans un état précaire — dans les modestes Services chirurgicaux de tous les hôpitaux ivoiriens.

Que ce travail leur témoigne — à tout le moins — notre indéfectible engagement dans la bataille pour l'éducation sanitaire en Afrique.

NOTRE MAITRE DE STAGE DE SIXIEME ANNEE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. APPAGNY TANOË

Médecin-Chef à l'Hôpital de Treicheville

Vice-Président du Conseil Economique et Social de la Côte d'Ivoire

Tout au long de notre stage, il a su nous faire profiter, avec sympathie, de son expérience clinique et de sa parfaite connaissance des problèmes médico-sociaux qui nous incitaient à songer d'ores et déjà au sujet de notre thèse. Il découvrira dans chaque ligne de notre tâche — grâce aux transpositions des faits — le pâle reflet d'une infime partie des problèmes à caractère social bien connus et placés parfois sans doute au premier rang dans les discussions de la haute Assemblée Economique et Sociale de notre pays.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde admiration.

NOS MAITRES DE CONFERENCE
DE L'ECOLE DE PUERICULTURE
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE L'UNIVERSITE DE PARIS
ET SON INCOMPARABLE DIRECTEUR
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LELONG

Nous leur exprimons ici notre très chaleureux hommage.

NOS MAITRES DE CONFERENCE
DE CERTIFICAT D'ETUDES SPECIALES DE PEDIATRIE
DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES (PARIS)

En remerciement de leur enseignement post-universitaire qui nous a toujours intéressé par sa clarté et sa double valeur clinique et scientifique.

NOTRE MAITRE DE PEDIATRIE SOCIALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JULIEN MARIE

Professeur de la Chaire de Clinique Médicale Pédiatrique
de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris

Qui nous a agréé dans sa clinique de pédiatrie sociale et accepté avec bienveillance de nous compter parmi ses élèves pour la préparation du certificat d'études spéciales de pédiatrie. Nous avons toujours affectionné son éloquence, ses éminentes qualités de grand patron, son incomparable esprit critique et l'universalité de ses connaissances.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre très respectueuse admiration.

NOS AINES ET NOS BIENFAITEURS

*Toutes les personnes dont la délicate sollicitude
a su rendre moins ingrates certaines étapes de
notre vie dans la grande famille humaine, et
parmi lesquelles nous plaçons au premier rang :*

MM. BADIA MAURICE
BIAGHA JEAN
BOËTE LÉON
BOGUINARD EMILE
BOISSIN FÉLIX
DIE GUEYE
GUEBLON ALBERT
GUEYE FÉLIX
LEON ROBERT
LOA DIOMANDÉ
KINDRAUD MAURICE
KOUISSON ALPHONSE

MM. KOULA VICTOR
MOUSSA KONÉ
N'GORAN ALEXANDRE
OULATE MAURICE
POTÉY FRANÇOIS
SEI VICTOR
SIKA RENÉ
SORY JEAN
TAHO PHILIPPE
THES JEAN
TIECOURA BAMBA
TOUCHA ALPHONSE

*Que ce travail traduise nos larmes de
sublime reconnaissance envers eux et efface
en nous la réminiscence de nos peines
d'étudiant, lesquelles viennent se dissoudre
ainsi dans l'évocation de leur affection pro-
tectrice qui n'avait d'égal que notre infor-
tune.*

ENFIN NOS CHERS COMPATRIOTES,
NOS AMIS ET NOS CONFRERES

Qui nous ont depuis toujours apporté un intelligible soutien moral, qui s'intéressaient à la bonne marche de nos études et à nos progrès. Ce travail — à notre très humble avis — n'est ni plus ni moins que le début d'une étape nouvelle, qui augure une activité ayant un triple caractère social, culturel et scientifique, dans l'intérêt le plus noble de l'humanité et de celui de toutes les familles réunies au sein de l'Afrique renaissante, dont la santé, l'avenir et l'espoir dépendent indubitablement de la sagesse, de l'effort inconditionnel, de l'esprit critique et constructif de ses meilleurs enfants.

INTRODUCTION

« Dans leur malchance, les pays sous-développés ont la grande chance de construire à partir des expériences et des leçons qu'apportent les erreurs de leurs prédécesseurs. »

(J.A. RAZAFIMBAHINY)

A la lumière de cette vérité, un nombre impressionnant de stagiaires étrangers envahit l'Europe...

Des stagiaires originaires des pays « en voie de développement » d'Outre-Mer suivent avec intérêt l'évolution scientifique et la marche du progrès social dans le monde entier.

La plupart de ces gens animés de bonne volonté désirent posséder une parfaite connaissance des expériences et des leçons qui sont la base tangible d'admirables et modernes réalisations de l'Europe dans beaucoup de domaines sociaux.

L'analyse complète et objective des connaissances acquises leur permet de tirer des conclusions nécessaires et bénéfiques à la nouvelle infrastructure de leur pays respectif.

Or, actuellement, il n'est pas excessif d'affirmer que l'automobile — qui a conquis très rapidement droit de cité partout, voire en Afrique — est porteuse du virus « accident » et partant responsable d'un fléau supplémentaire là-bas, tout comme ici.

On peut donc se demander valablement : sur quelles bases solides, à partir de quelles expériences et à partir de quelles leçons ces pays d'Outre-Mer organiseront un système de prophylaxie harmonisée, afin de mener également une lutte efficace contre ce nouveau fléau ?

Pour répondre à cette question, surtout à l'intention de nos compatriotes africains en particulier et de tous les automobilistes en général, voici notre contribution à l'étude « médico-psycho-sociale » des accidents de l'automobile.

Mais avant d'entrer dans le vif du sujet, signalons qu'ayant, tout au long de notre exposé, appréhendé plusieurs problèmes à dessein, nous avons essayé d'en indiquer un quantum de résolutions à prendre dans le cadre d'une bonne éducation sanitaire et de la prophylaxie générale.

Quoi qu'il en soit, ces résolutions, dont nous souhaitons fortement voir la mise en pratique ici et là, ne prétendent pas s'ériger en loi, mais représentent néanmoins des suggestions impératives; puisqu'elles sont fondées sur des travaux scientifiques d'éminents professeurs, de grands psychologues, de chercheurs chevronnés et qu'elles s'inspirent d'une certaine réalisation concrète et notoire — palme de l'organisation de la prévention des accidents de la route en France —, leur *primum movens*.

Cela étant, voyons maintenant ce qui nous frappe le plus en ce moment dans cette grande organisation française à caractère médico-social indéniable.

Dernièrement, fin 1962, a été déposée une proposition de loi visant à rapporter une solution — surtout financière — pour secourir les accidentés de la route.

En effet, chaque année, tandis que la thérapeutique enregistre de nouveaux succès et que de grandes maladies disparaissent, la route devient de plus en plus meurtrière : 9.000 morts, 183.000 blessés, tel est le passif anormal de la circulation routière en France.

Sur l'urgence et la nécessité des mesures à prendre, l'unanimité est faite.

Une Commission des Accidents de la Route a été créée; elle ne manque ni de compétences ni de bonnes intentions. Mais les moyens financiers manquent pour passer aux réalisations.

C'est pour les obtenir qu'a été déposée une proposition de loi « tendant à instituer un Fonds Sanitaire Routier (F.S.R.) destiné à créer, à développer et à moderniser les équipements techniques et hospitaliers propres à perfectionner l'organisation des secours et des soins aux victimes des accidents corporels de la route ».

Ce Fonds Sanitaire Routier financera l'organisation des secours aux victimes de la route (alerte, ramassage, transport et soins). Il ne coûtera rien au budget de l'Etat et des collectivités publiques, car il tirera ses ressources d'une contribution versée par les organismes d'assurance. Le taux serait de 5 F par véhicule à moteur de toute catégorie (sauf les tracteurs agricoles). Le produit escompté serait de 60 à 70 millions de F par an. La prime des polices ne serait pas augmentée. On a calculé qu'il suffira d'une réduction de 5 % du coût des accidents corporels pour compenser la dépense effectuée par les compagnies et caisses d'assurance.

Etant un automobiliste « pratiquant » et pour les raisons sus-évoquées, il nous a paru digne d'intérêt, au terme de nos études médicales, de consacrer notre thèse à la pathologie traumatologique automobile, en insistant surtout sur son côté social et psychologique plutôt que sur son aspect médico-chirurgical qui, à lui seul, représente un immense et nouveau domaine de la pathologie.

CHAPITRE I

RAPPEL STATISTIQUE

I. — LES CHIFFRES

Les chiffres sont éloquentes. La plupart de ceux que nous rapportons sont empruntés aux statistiques publiées par la Direction des Routes et de la Circulation Routière sous la direction de M. ELKOUBY. L'ensemble de ces statistiques a été édité par le Ministère des Travaux Publics, des Transports et du Tourisme.

Ainsi, en 1957, en France, 144.000 accidents ont fait 9.000 morts et 183.000 blessés. Une ville de l'importance de Bayeux a été rayée de la carte de France. Une ville de l'importance de Saint-Etienne a eu toute sa population plus ou moins grièvement blessée. Entre seize et vingt-quatre ans, la cause la plus importante de mortalité est désormais l'accident de la route.

En 1959, on a pu relever 2 millions d'accrochages dont 137.273 avec accidents corporels. Il y eut de la sorte 8.409 morts et 178.793 blessés, ce qui fait un total de 187.202 victimes. Ces statistiques apparaissent effrayantes si l'on songe qu'il se produit ainsi 16 accidents corporels à l'heure et que 1 Français sur 250 est touché par un accident d'automobile.

Et KEARNEY, dans une remarquable étude, insiste :

« Autrement dit, chaque jour enregistre, en moyenne, 500 victimes dont 23 morts.

« ... Autrement dit, lorsque le soleil se lève sur un beau week-end de juillet, 125 personnes sont condamnées à mort.

« ... Un Français sur quatre possédant son permis de conduire est, en puissance, porteur du virus " accident ". Les deux autres sont dans sa voiture et le quatrième sur la route. Donc " tous étaient frappés ". »

Tous ? Non, nous l'avons vu seulement une personne sur 250 est victime d'accident de la route, en France.

Mais en Amérique, il meurt sur la route un homme toutes les treize minutes et toutes les vingt-trois secondes un autre est blessé.

En France, plus modestement, nous nous contentons d'un mort par heure, d'un blessé toutes les trois minutes.

Cet état de choses fait de la circulation routière la principale cause d'atteinte à la santé, bien avant les affections cardio-vasculaires ou le cancer. Un facteur supplémentaire inquiétant est la tendance très nette à une augmentation du nombre des morts, plus forte encore que celle du nombre des accidents.

Cette situation explique qu'un grand nombre de médecins s'intéressent de plus en plus à la prévention de ces accidents d'une part et au problème des soins d'autre part.

II. — LES ENSEIGNEMENTS STATISTIQUES

D'ailleurs, ces statistiques « parlent » et peuvent orienter le rôle du médecin de façon fort utile, notamment lorsqu'elles soulignent les causes habituelles des accidents corporels.

1) REPARTITION DES ACCIDENTS DANS L'ANNEE

A Paris, les accidents sont plus fréquents au mois de mai. En province, les mois d'été sont les plus meurtriers. Les mauvaises conditions atmosphériques, brouillard, verglas, neige, sont donc moins meurtrières que la période des vacances. Le

nombre d'accidents mortels pendant les week-ends de la belle saison est particulièrement impressionnant : 139 morts pendant le week-end du 7 juillet au 9 juillet 1956, 60 morts et 1.200 blessés pendant le seul dimanche 30 septembre 1956 qui fut le jour le plus meurtrier de l'année, 58 morts le dimanche 7 septembre 1956. Les dix-huit jours les plus meurtriers de 1956 ont tous été des dimanches ou des samedis d'été. Ces chiffres soulignent l'intérêt d'éviter les retours de vacances massifs, retours qui entraînent d'immenses rassemblements de conducteurs souvent inexpérimentés, pare-choc contre pare-choc, à des vitesses parfois exorbitants vu l'ensombrement des routes, sans parler de la découverte de ces petites auberges gastronomiques « dont le nombre d'étoiles se porte garant du paradis qui vous attend ».

Il n'est pas sans intérêt de noter que, depuis 1957, mais notamment en 1960 et 1961, l'étalement des retours, le gigantesque appareils policier déployé sur les routes, enfin l'innovation du radioguidage qui entre deux conseils de prudence indique aux conducteurs, possesseurs d'un poste auto-radio, l'itinéraire le moins encombré, et les points dangereux ont sensiblement fait diminuer les chiffres d'accidents.

2) REPARTITION HORAIRE

La répartition horaire des accidents est très significative : 1/3 des accidents corporels de la route surviennent entre 17 et 20 heures, avec un maximum de 18 à 19 heures. En fin de journée, les conducteurs sont fatigués et la rapidité des réactions est moindre.

Les chercheurs de l'Institut de Stockholm ayant choisi des itinéraires où le trafic est le même le matin et le soir, ont noté tous les incidents qui s'y produisaient. Les résultats sont significatifs, il y a en fin de journée 60 % d'accidents de plus que dans la matinée. Aussi on retrouve entre 18 et 19 heures, 13 % des accidents et une moyenne horaire de 50. C'est l'heure des grands embouteillages des sorties d'usine, des retours du bureau. C'est l'heure de l'apéritif vespéral qui rend eupho-

rique — et imprudent — le conducteur pressé de rentrer chez lui. On retrouvera une progression identique, le matin, de 13 à 15 heures.

Mais la nuit n'est pas meilleure : 30 % des accidents ont lieu de nuit et réunissent à eux seuls 30 % des blessés, 40 % des tués. Faut-il incriminer la vitesse plus élevée, la visibilité réduite, l'imprudence plus grande, l'éblouissement, la fatigue et peut-être la moins grande promptitude des secours ? Un peu de chaque sans doute.

3) LES CAUSES MECANIQUES

a) LE VÉHICULE n'est en cause que dans 9 % des cas. C'est normal. Dans l'ensemble, le matériel s'est rajeuni, les contrôles — obligatoires ou volontaires — ont amené les conducteurs à vérifier et à entretenir freins, pneus, éclairage.

Et cependant, les freins, insuffisants ou rompus, ont encore causé 3.743 accidents.

Et cependant, une anomalie des feux avant représente encore un pourcentage important d'accidents.

Et cependant, les pneus qui éclatent, les pneus usés jusqu'à la corde viennent encore en deuxième position, quoique la réglementation policière devienne draconienne sur ce sujet.

Une mention spéciale doit être faite pour le chargement des véhicules. Trop de conducteurs restent ignorants des modifications qu'un chargement intensif en passagers, bagages, etc. impose aux réactions de la voiture.

Reste le vaste problème des carrosseries meurtrières sur lequel les statistiques restent muettes. Depuis de longues années, une campagne est faite auprès des constructeurs pour obtenir cette voiture idéale, dite de sécurité, dont le Docteur PÉTRIGNANI s'est fait le promoteur.

Mais le fait principal est celui-ci : en 1956, plus de 51 % des tués et plus de 53 % des blessés furent des usagers de véhicules à deux roues : vélos, scooters, motocyclettes, etc., dont 90 % avaient de seize à vingt-quatre ans. Constatations effa-

rantes, l'accident de la route représente chez l'adolescent la cause la plus importante de mortalité. Heureusement, ces dernières années, on a pu noter, avec les plus grandes facilités d'achat des véhicules d'occasion, une diminution de la proportion de tels engins chez les jeunes. On ne peut que s'en féliciter.

b) LE TRACÉ DE LA ROUTE A UNE INFLUENCE CONSIDÉRABLE. Sur 100 accidents, 23 ont lieu dans un carrefour et 14 dans un virage. Des travaux rectifiant certains virages, améliorant la visibilité, élargissent certaines chaussées par endroits rétrécies, doivent être entrepris pour que disparaissent les « points noirs » du réseau routier.

« ... La route de France est aujourd'hui une sorte de divinité sanglante à laquelle un peuple fétichiste et résigné, les Français, sacrifie un contingent toujours plus grand de vies humaines. En 1962, la route de France aura fait 10.000 morts. Imaginez : chaque année, une ville comme Bayeux, Mézières, Mayenne, ou comme Annemasse anéantie, un Hiroshima tous les six ans !

« ... Les statistiques qui disent cela indiquent aussi que, pour 100 millions de kilomètres-véhicules, on compte 11 morts en France contre 3 aux Etats-Unis. Autrement dit, il est quatre fois plus dangereux de rouler en France que dans l'abominable enfer yankee...

« ... Il faut dire maintenant ce qu'est un "point noir". C'est encore un enfant de la statistique (avec celui des morts, la route française détient sans doute le record des statistiques). Le "point noir" est un endroit où une personne au moins trouve la mort chaque année. Ce peut être un carrefour, un dos d'âne, même une banale ligne droite. Il y a des "points noirs" qui sautent aux yeux, et d'autres pour lesquels on se perd en conjectures. Il en est où l'on compte 5, 10, 15 morts ou blessés par an, comme celui d'Epone, sur la nationale 13, que les habitants du village ont surnommé "le passage du diable". D'autre où l'on compte en moyenne un blessé tous les 100 mètres et un mort tous les 1.300 mètres, comme cette portion de route droite entre Grenoble et Voreppe, que ses riverains appellent "la route rouge".

« ... Mais dès qu'il monte dans une voiture, le même homme — 1 Français sur 7 aujourd'hui — devient une espèce d'artiste de cirque, qui doit agir à ses risques et périls. BARRÈS disait que le père de famille était "l'aventurier du xx^e siècle". Dans la France de 1962, c'est l'automobiliste. Et le malheur, c'est qu'il est aussi père de famille. » (Dominique LAPIERRE.)

Les projets de Fonds d'Investissement Routier prévoient l'élimination en 1958 de 162 passages dangereux qui ont fait l'an dernier 30 morts et 600 blessés. C'est bien, mais c'est hélas trop peu ! Tous les spécialistes de la circulation demandent la construction d'autoroutes. Sur les maigres portions d'autoroutes que nous possédons, la circulation est trois fois plus sûre que sur les autres voies. La France ne dispose actuellement que de 300 kilomètres d'autoroutes, mais les prévisions en laissent espérer 2.000 pour 1963, et c'est insuffisant...

4) IMPORTANCE DES FACTEURS HUMAINS

C'est là que le rôle du médecin doit s'affirmer. Quand on poursuit l'analyse de ces statistiques, il apparaît immédiatement qu'un incident est en règle générale dû à la conjonction de plusieurs causes. On retrouve en moyenne 230 causes pour 100 accidents.

Mais 95 fois c'est la faute de conduite, c'est l'homme qui est à l'origine de l'accident.

KEARNEY a remarquablement analysé les causes de ces fautes liées à l'homme :

Pour causer son accident, ou bien le conducteur commet une faute (86 %), ou bien son état physique (19 %) lui en fait commettre une.

Pour 100 accidents corporels, les 86 fautes se répartissent comme suit par ordre décroissant :

— Non observation de la priorité d'un véhicule	23
— Vitesse dangereuse	13
— Dépassement irrégulier	7
— Manœuvre non ou mal signalée	7
— Circulation en zone interdite	7
— Tournant incorrect	6
— Vitesse dépassant la limite légale	5
— Non observation de la priorité du piéton	1
— Non observation des signaux de circulation	1
— Stationnement interdit ou dangereux	1
— Cyclistes circulant de front ou se tenant à un autre véhicule	1
— Faute non précisée	14

Sur 100 fautes commises dans les accidents mortels, on relève 33 excès de vitesse et 16 non observations de la priorité (51 % du total).

Les conducteurs commettent plus de fautes en ville qu'en rase campagne : 90 contre 83 pour 100 accidents corporels, essentiellement non observation de la priorité, vitesse dépassant la limite légale, manœuvre non ou mal signalée. Le piéton est également responsable dans bon nombre de cas. Ainsi, en 1956, il y eut 1.831 piétons tués et 22.312 blessés.

A quoi rattacher ces accidents de façon médicale ?

L'état physique du conducteur, que l'on trouve déficient dans 19 cas sur 100, doit retenir l'attention du médecin.

Passons rapidement sur le conducteur inattentif ou distrait (10,31 %).

On connaît aussi le conducteur manquant d'expérience ou inhabitué au type de son véhicule (2,62 %).

— 0,81 % seront des conducteurs fatigués et 0,25 % endormis.

— Mais surtout, il faut souligner une cause facile à éviter : la boisson ou les stupéfiants occasionnent 3,57 % des accidents.

On a calculé que chaque année, 4.442 conducteurs, en moyenne, étaient en état d'ivresse au moment de l'accident.

A Paris, 57 % des conducteurs responsables d'accidents mortels ont un taux d'alcoolémie pathologique.

A Chicago, 50 % des conducteurs qui circulent à 3 heures du matin et 90 % de ceux qui causent un accident grave entre 4 et 5 heures sont sous l'influence de l'alcool.

Evidemment, il y a en France un débit de boisson pour 34 habitants et la consommation annuelle d'alcool correspond à 31 litres d'alcool absolu par adulte !

La loi sur les alcooliques dangereux pour autrui promulguée en 1954, permet la prise de sang, que l'ivrogne présumé peut toujours refuser.

On sait que l'alcoolémie devient nettement pathologique au-dessus de 0,50 g par litre.

Sur 8.193 conducteurs touchés par la procédure antialcoolique, 65 % dépassent 1,50 g, 10 % allaient jusqu'à 3 et 4 g.

Cette intrication de deux fléaux sociaux appelle la sévérité.

Quant aux stupéfiants, peu en usage dans nos régions, il faut savoir élargir leur terme et penser aussi : tranquillisants, sédatifs, excitants, amphitamines, etc., toutes drogues capables de modifier les réflexes essentiels à une bonne conduite.

Enfin, 1,14 % des accidents sont imputés à des infirmités ou malaises soudains.

Vaste programme où la pathologie de l'automobiliste va comprendre presque toute la pathologie.

Il existe une liste des affections incompatibles avec la délivrance du permis de conduire.

Elle est insuffisante et restera inopérante tant que l'examen médical ne sera pas rendu obligatoire avant la délivrance du permis, ainsi que nous l'avons soutenu dans notre thèse.

Pour l'instant, le médecin ne peut que mettre en garde son malade en lui soulignant les dangers qu'il court et fait courir aux autres.

CHAPITRE II

SECOURS ROUTIER ET CENTRES DE TRAUMATOLOGIE

Il faut avoir sorti un blessé grave du fossé où il gisait sous sa voiture, l'avoir allongé sur le bord de la route, avoir envoyé quelqu'un téléphoner à la gendarmerie, et attendre une ou deux heures l'arrivée de l'ambulance sans pouvoir donner des soins efficaces, tandis que la tension artérielle s'effondre, témoin d'un choc grave ou d'une hémorragie interne, et les réflexes disparaissent, indice d'un coma de plus en plus profond; il faut, dis-je, avoir attendu une ou deux longues heures l'ambulance dans ces conditions, entouré d'une famille affolée, pour mesurer l'insuffisance de nos secours routiers.

Cette insuffisance nous coûte 1.000 à 1.500 morts par an; puisque les spécialistes estiment que 10 à 15 % des morts par accidents de la route pourraient être sauvés s'ils étaient évacués, déchoqués et traités rapidement. Il faut y ajouter aussi tous les blessés qui auraient guéri mieux et plus vite s'ils avaient pu être traités dans un centre de traumatologie.

Comment signaler rapidement, transporter rapidement et sans dommage, soigner rapidement et efficacement ?

Ces problèmes ont été étudiés à maintes reprises et des solutions très efficaces ont été trouvées. Mais l'équipement nécessaire n'est mis en place qu'avec beaucoup de lenteur et de retard. Faute de crédits ! En attendant, cette carence nous coûte de nombreuses vies humaines et des milliards. Les crédits seraient pourtant faciles à trouver, ainsi que cela apparaîtrait dans certaines propositions de lois récemment déposées.

Quelle est donc l'organisation qu'il faudrait créer ?

L'alerte est à donner à la gendarmerie nationale qui, par ses 4.200 brigades réparties en mailles serrées sur le territoire, la discipline et l'esprit de dévouement, la permanence du service, la formation secouriste, le matériel, est absolument qualifiée pour intervenir.

Comment alerter la gendarmerie ? Par des postes téléphoniques, encore très rares sur nos routes (les téléphones bleus), on pourra appeler la gendarmerie qui préviendra l'ambulance la plus proche et se précipitera sur le lieu du sinistre. Mais ces postes bleus sont encore trop rares. Dans les Alpes-Maritimes, on les a — certains itinéraires — posés à intervalles réguliers, mais ceux que j'ai ouverts étaient encore vides de leur écouteur. Il faudrait hâter cet équipement. On peut téléphoner aussi de « n'importe où », ce qui est plus facile à dire qu'à faire. Dans les téléphones bleus de la route, il y aura des instructions très claires. Dans les autres, on est parfois embarrassé pour trouver tout de suite le numéro de la gendarmerie. Dans toute la Belgique, le n° 900 est le numéro unique de l'appel des secours. Il paraît techniquement possible de faire de même en France. Chez les Belges, l'appel et l'heure sont enregistrés sur bande magnétique. En cas de coupure, l'opérateur qui est en permanence peut déceler l'origine de l'appel. Aux Pays-Bas, il y a des panneaux de signalisation portant toutes les indications nécessaires pour les secours.

Outre le téléphone, il faudrait développer les liaisons sanitaires par radio et déterminer une « longueur d'onde Santé » nationale, peut-être européenne. Les centres de traumatologie et les ambulances-antennes de réanimation, équipés d'un poste émetteur-récepteur, seraient en liaison directe entre eux, et avec les forces de sécurité (celles-ci sont déjà équipées), cela dans une zone d'émission de 40 km environ. La transmission de renseignements sur la nature des blessures permet de prendre les dispositions précieuses pour le sort des victimes.

L'évacuation des blessés devrait être extrêmement rapide. Le destin des polytraumatisés se joue dans les premiers quarts d'heure. Il existe un plan pour multiplier les ambulances. Le

Ministère de la Santé Publique a créé la notion de secteur ambulancier définissant l'aire d'intervention assurée, dans un rayon de 20 à 25 km, d'un service de garde permanent. Mais la répartition du parc ambulancier est restée anarchique. Il n'y a pas suffisamment de crédits.

Le traitement précoce des blessés devrait commencer dans l'ambulance. L'ambulance du blessé de la route ne devrait pas être un simple moyen de transport. Elle doit être une antenne de réanimation. Ainsi, la région de Rome dispose de deux types d'ambulances : un modèle médico-chirurgical, muni d'un matériel de réanimation complet, avec un médecin à bord, et un modèle courant dit infirmier. Elles sont toutes munies d'un poste émetteur-récepteur. Quelques rares villes de France peuvent envoyer une ambulance-antenne de réanimation avec un médecin ou un interne. Mais hélas ! combien de centres de traumatologie en sont capables ?

Les centres de traumatologie devraient être suffisamment nombreux et bien répartis à la surface du pays. C'est une erreur grave en conséquence que d'envoyer, dans de petits hôpitaux mal outillés, les grands choqués, les grands brûlés, les grands anémiques, les asphyxiques, les blessés de l'axe cérébro-spinal. Il n'y a pas à revenir sur l'équipement minimal des centres de traumatologie en matériel comme en personnel ; tout cela est bien connu, mais il faut insister sur le fait, déjà signalé plus haut, que tout centre de traumatologie devrait pouvoir envoyer, dans le moindre délai, une antenne de réanimation auprès des grands blessés de la route.

CHAPITRE III

RAPPEL DE QUELQUES FACTEURS MÉDICAUX DANS LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE

L'augmentation incessante du nombre et de la gravité des accidents de la circulation a conduit à la multiplication récente des études médicales consacrées à en expliquer les mécanismes et les facteurs de causalité; il nous paraît opportun d'en résumer à l'usage des praticiens les chapitres essentiels.

Dans une récente communication à l'Académie de Médecine, le Professeur R. MONOD distingue trois types de facteurs prédisposants, sur l'importance desquels il nous semble que l'on doive insister.

I. — LES INAPTITUDES CARACTÉRIELLES

Impulsivité, agressivité, intrépidité sont des facteurs fréquemment retrouvés chez les sujets jeunes. Chez des sujets d'âge mûr, ces mêmes facteurs apparaissent beaucoup moins physiologiques et sont souvent le reflet d'un déséquilibre avoisinant la psycho-pathologie. Nous insisterons davantage sur certains de ces facteurs caractériels dans le chapitre consacré aux éléments de psychologie du mauvais conducteur.

II. — LES INAPTITUDES DE CAUSE TOXIQUE

Celles-ci visent essentiellement l'absorption excessive d'alcool. Point n'est besoin de rappeler ici la proportion impressionnante de sujets en état d'imprégnation alcoolique qui ont pu être décelés à l'occasion d'accidents de la route; plusieurs enquêtes systématiques menées ces dernières années par divers organismes officiels (Prévention Routière, gendarmerie, Comité National contre l'Alcoolisme) ont suffisamment et clairement démontré le rôle majeur de l'alcool dans la traumatologie routière.

Parmi les mesures pratiques et législatives, introduites en France au cours des dernières années, à ce sujet, plusieurs doivent être rappelées parce que encore mal connues :

1) LA PRATIQUE DE L'ALCOTEST

Cette méthode, qui permet de mesurer la quantité d'alcool dans l'haleine du sujet au moyen d'un appareillage simple (ballonnet avec tubulure d'admission comportant un produit chimique qui vire progressivement du jaune au vert selon l'importance du taux de l'alcool), ne prétend point être une méthode de dosage exact, mais surtout une méthode de titrage simple permettant d'éliminer les sujets qui ne sont manifestement pas sous l'influence de l'alcool et de guider au contraire dans les cas inverses, la décision d'effectuer une prise de sang pour recherche de l'alcoolémie.

2) L'ALCOOLEMIE

Un décret de 1955 a institué la pratique du dosage de l'alcoolémie en cas d'incident ou d'accident de la voie publique, lorsqu'il existe une présomption que l'un des acteurs ou auteurs de l'accident se trouve sous l'influence de boissons alcoolisées.

La procédure complète comporte le remplissage de deux fiches standard d'examen clinique, l'une par l'officier de police au moment des constatations (fiche A) et l'autre par le médecin qui pratique le prélèvement sanguin pour la recherche de l'alcoolémie (fiche B) ; le sujet sur lequel le prélèvement doit être effectué peut refuser celui-ci ; il peut également demander ultérieurement une contre-expertise de l'alcoolémie. Notons qu'il n'existe pas, en France, de définition d'un taux « légal » d'alcoolémie à partir duquel le sujet serait considéré comme biologiquement sous l'influence de l'alcool ; on a proposé, par analogie avec de nombreuses législations étrangères, le taux de 1 g ou de 1,50 g d'alcool absolu par litre de sang ; mais, pour l'instant, aucune décision officielle n'a été prise. Notons cependant que, sur le plan légal, la notion d'un état « alcoolique dangereux » non apparent et distinct de l'ivresse est maintenant appliquée ; la législation sur les alcooliques dangereux (loi du 15 avril 1954) peut maintenant être appliquée à certains cas : accidents répétés avec alcoolémie positive, voire accident unique avec alcoolémie particulièrement élevée.

Les récentes discussions qui ont eu lieu sur la valeur de l'alcoolémie, les vérifications qui ont été, à ce sujet, effectuées au laboratoire et sur des sujets témoins montrent bien, en définitive, la valeur et la précision de la méthode, dont certains détracteurs se sont montrés parfois mal informés, voire de mauvaise foi.

III. — LA FATIGUE ET CERTAINS PRODUITS PSYCHOTROPES

Fatigue professionnelle accumulée ou fatigue des trop longues étapes, fatigue résiduelle ou fatigue immédiate, agissent toutes dans le même sens : troubles de l'attention, diminution de la vigilance, tendance à la somnolence. En recherchant systématiquement les causes favorisantes de cette baisse de la vigilance qui constitue l'expression nerveuse centrencéphalique de la fatigue, plusieurs ordres de facteurs exogènes ont été incriminés :

— *Facteurs d'environnement* : monotonie de la route, solitude du conducteur lors de trajets à vitesse constante pour suivis à un régime uniforme du moteur; facteurs responsables en particulier de certains accidents « inexplicables » sur de longues routes droites, sur des autoroutes rectilignes dépourvues de points de repère visuels.

— *Facteurs exotoxiques* : émanations de gaz toxiques par défaut d'aération, ou du fait de la combinaison de celui-ci et du chauffage moteur.

— *Utilisation de médications psychotropes* : certains conducteurs, préalablement à une longue étape ou à un trajet nocturne, recourent à l'usage du café ou d'une drogue psychotonique, type amphétamine. Cette pratique ne peut être que profitable, à condition de respecter les doses physiologiquement bien supportées par l'individu et d'éviter un surdosage qui, sous prétexte de maintenir la vigilance, risquerait d'affecter le contrôle émotionnel en provoquant un état d'éréthisme nerveux et neuro-végétatif.

Mais c'est surtout l'abus des médicaments à effet inverse, drogues sédatives et tranquillisantes, qui a été incriminé par certains, qui le considèrent, généralement, comme susceptible de favoriser la baisse de vigilance cérébrale. R. MONOD considère que l'usage actuellement répandu et parfois abusif des tranquillisants risque de renforcer l'intoxication endogène de la fatigue. Parmi les travaux récents effectués à ce sujet, ceux de MILLER et URH apportent d'intéressantes précisions; ces auteurs ont mis au point toute une série de tests psychomoteurs destinés à explorer et à mesurer objectivement les effets des produits psychotropes sur les conducteurs d'automobiles. Ils soulignent la notion de toxicité sur le comportement qui devrait, selon eux, être recherchée systématiquement pour ces produits au même titre que la toxicité physiologique. S'il ne leur a pas été possible de mesurer les modifications entraînées par des médications psychiatriques puissantes (telles les neuroleptiques à doses élevées, utilisées dans le traitement des malades psychopathiques), ils ont, par contre, testé de très nombreux sédatifs et tranquillisants aux doses les plus souvent

utilisées chez les névropathes, les anxieux, les surmenés de la vie quotidienne. Dans certains de ces cas, ils ont effectivement trouvé soit un ralentissement du temps de réaction, soit un abaissement de la précision, soit même des modifications portant sur ces deux facteurs.

On voit combien divers sont actuellement les champs d'étude imposés par la traumatologie routière; ils intéressent aussi bien la médecine légale et la toxicologie que la psychopharmacologie. Ces problèmes d'actualité doivent être bien connus des médecins dont les prescriptions thérapeutiques ne sont pas toujours sans effet sur le comportement psychomoteur du conducteur qui doit rester détendu mais alerte. C'est surtout l'éducation sanitaire de ce dernier qui constitue encore la meilleure prévention possible de ces erreurs aux conséquences souvent dramatiques; dans ce domaine, hélas ! la plus grande part reste à faire.

CHAPITRE IV

ÉLÉMENTS DE PSYCHOLOGIE DU MAUVAIS CONDUCTEUR

I. — L'INTELLIGENCE

En premier lieu, envisageons l'intelligence. Apprendre à conduire exige de l'intelligence, mais à un degré minime. Des psychologues américains ont trouvé parmi les automobilistes (camionneurs et particuliers) un certain nombre de débiles mentaux caractérisés et même quelques imbéciles au sens scientifique du terme, c'est-à-dire des gens dont le niveau mental est à peine supérieur à celui de l'idiot (Q.I. 30). Ajoutons qu'ils ont été décelés à la suite d'accidents ou de contraventions répétées, car ils étaient incapables de comprendre des règlements très simples et manquaient de jugement. Mais ils avaient tout de même appris à conduire ! Dans la plupart des cas, ces faibles d'esprit circulaient sans permis, ou vivaient dans des Etats où il est délivré sans examen. Cependant, certains d'entre eux avaient réussi l'examen. L'intelligence intervient spécialement quand il s'agit d'appliquer le Code et de peser des risques ... Conduire une voiture ce n'est pas seulement diriger une machine, c'est aussi, à certains moments, peser des risques. Puis-je tenir cette allure sans danger sur cette route glissante ou encombrée ? Vais-je aborder ce virage sans ralentir ? Ai-je la certitude de doubler à temps ? Autant de risques à peser. Mais l'intelligence n'est pas seule à intervenir. L'appréciation des distances et des vitesses, l'expérience acquise, et surtout le caractère (prudence ou témérité) entrent

également en jeu. Il en résulte que ce n'est pas l'intelligence abstraite (celle du philosophe, de l'intellectuel en général) qui intervient ici, mais une forme d'intelligence concrète, pratique, dont certains intellectuels sont assez dépourvus. Aussi tel camionneur plein de bons sens peut-il être supérieur, au volant, à tel « cervelé » bardé de diplômes. D'autre part, cette intelligence-là doit être rapide. Aussi tel savant mathématicien, qui résout les problèmes les plus ardues en prenant son temps, se sent-il mal à l'aise sur la route.

Au fond, cette forme d'intelligence rapide et sûre est souvent proche de l'intuition. Quand elle est poussée à un très haut degré, elle constitue même un des éléments constitutifs du talent des véritables virtuoses du volant ; ils « sentent » le risque plus qu'ils ne le « pèsent » (Professeur PIRET).

Des chercheurs américains se sont efforcés de préciser les relations entre les accidents et ces aptitudes intellectuelles. Ils ont abouti à cette constatation : les corrélations entre niveau mental, niveau d'instruction et indices d'accidents étaient plus hautes que toutes les autres corrélations établies avec d'autres variables uniques. On a aussi remarqué souvent le haut niveau d'instruction des conducteurs sans accidents, volontaires pour des épreuves destinées à les comparer à des fréquemment accidentés, mais on ne peut rien conclure de cela. La comparaison des résultats, au moyen d'un test d'intelligence générale, des conducteurs militaires considérés comme sûrs et des conducteurs moins sûrs a permis de noter que les deux moyennes étaient proches de la moyenne générale pour toute l'armée, mais la moyenne des conducteurs sûrs était pourtant significativement plus élevée que celle des conducteurs moins sûrs (MAC FARLAND).

Certains auteurs allemands ont souligné la nécessité de capacités intellectuelles pour arriver à une bonne « appréhension » des situations de conduite. L'intelligence étant le maillon indispensable entre la perception sensorielle et la réaction psychomotrice. A ce propos, ils citent le cas d'un commis-voyageur qui fut renversé, sans qu'il fut en faute, par un camionneur ivre. Il avait subi une cotusion de la région frontale. Après avoir quitté l'hôpital, il se remit en route au volant

de sa voiture et causa six accidents. L'examen physiologique et neurologique (à l'Institut de Psychologie Médicale) ne révéla que des séquelles minimales. L'examen psychologique, par contre, montra une vitesse d'appréhension considérablement diminuée. La capacité de réaction en soi n'était pratiquement pas modifiée. La cause des accidents venait donc seulement de la perte de la vitesse d'appréhension due à la lésion du lobe frontal. Celle-ci était si importante qu'elle entravait la perception des excitations dans des situations de circulations complexes.

Pratiquement, la conduite d'un véhicule devient une opération de plus en plus difficile du fait de l'accroissement du trafic et de l'accroissement de la vitesse des engins modernes. A chaque instant, il est nécessaire non seulement de percevoir par les différents organes des sens, mais encore et surtout d'« élaborer » les perceptions pour pouvoir comprendre l'évolution constamment changeante de la circulation, comprendre aussi les réactions de sa voiture et ainsi pouvoir adopter l'attitude convenant le mieux. Mais à chaque centième de seconde, la situation se modifie et le problème à résoudre change, imposant de nouvelles solutions. Certes, beaucoup d'automatismes acquis viennent alléger l'effort à fournir. De même, un certain degré de prévision aide à accomplir cette tâche, mais il est néanmoins incontestable qu'une bonne dose d'intelligence est tout à fait nécessaire.

En conclusion, il semble que l'on puisse affirmer : un sujet dont l'intelligence n'atteint pas un certain niveau ou n'est pas d'une certaine forme, a beaucoup de chances d'avoir, au volant, un comportement dangereux.

II. — L'EMOTIVITE

Voyons maintenant l'émotivité ou capacité de ressentir les émotions. Son exagération ou hyperémotivité entraîne la perte du contrôle de soi-même, le manque de sang-froid. En matière d'accidents, l'émotion qui intervient est la plus redoutable et

la plus primitive, parce qu'elle constitue une manifestation de l'instinct fondamental de la conservation; c'est la peur, parfois même la terreur (Professeur PIRET).

Sous l'effet d'un stimulus, l'hyperémotivité va provoquer des réactions organiques : pâleur, rougeur, arrêt de la respiration, tremblement, sueur, tachycardie, contractions péristaltiques, etc. En même temps, chez ce sujet, une situation périlleuse suscite un état de précipitation pouvant aller jusqu'à l'affolement, des gestes inadaptés, un véritable dérèglement des mécanismes de défense. Normalement, chacun ressent les émotions, est capable d'éprouver de la peur. Mais certains sujets sont dans un état tel qu'ils n'éprouvent pas ces sentiments ou tout au moins qu'ils les éprouvent beaucoup plus faiblement que la majorité des humains. Cette caractéristique, qualifiée d'apathie, n'est pas un avantage mais doit être considérée comme une anomalie dont les conséquences peuvent être graves. Un être de cette sorte, au volant, est un danger pour lui-même et pour les autres. En présence d'une situation périlleuse, n'éprouvant pas la peur, il ne réagira pas pour échapper à la situation et aboutira à la catastrophe.

A l'opposé, l'hyperémotif déjà signalé est atteint par la peur à un stade trop précoce, à un moment où le danger n'est pas véritablement réel. Malheureusement, cet état de peur va, le plus souvent, par l'inadaptation de comportement qu'elle entraîne, cristalliser les possibilités de danger et ainsi provoquer une sorte de sidération entraînant la paralysie, le sujet conservant l'attitude qu'il avait au moment où il a été frappé par cet émoi intense et étant incapable de la modifier. Très proche de cet état est celui où le conducteur « lâche tout », lève les bras au ciel et ferme les yeux.

Il va sans dire que de telles réactions ont toutes les chances d'aboutir à un résultat dangereux.

Avec l'émotivité, on entre dans le domaine des sentiments, des facteurs caractériels. Sans conteste, ce domaine est de toute première importance dans le sujet qui nous occupe.

Nous laisserons de côté les gros troubles psycho-affectifs s'intégrant dans les maladies mentales caractérisées. A eux seuls, ils nécessiteraient une étude approfondie.

Mais, même parmi les individus habituellement considérés comme normaux, il est loisible d'observer un nombre important de tendances temporaires ou permanentes susceptibles de provoquer ou de favoriser une conduite dangereuse.

Le Professeur PIRET, que nous avons déjà eu l'occasion de citer plus haut, s'est particulièrement penché sur ce problème dans un livre fort intéressant. Il faut noter que ce psychologue classique assez opposé à la psychanalyse, dénonçant même vigoureusement les outrances de certains adeptes des théories de FREUD, reconnaît néanmoins la valeur de certaines conceptions et conclut le chapitre qu'il consacre à la « Psychanalyse de l'automobiliste » par ces phrases :

« S'il est fait appel, dans la suite de ce livre, à quelques idées de FREUD ou de psychanalystes sérieux, c'est parce qu'elles ont été incorporées à la psychologie générale et que les gens sensés les admettent comme des idées justes. Dans la plupart des cas, le lecteur étranger à la psychologie ne s'en apercevra même pas. Le critère suprême de la véritable psychanalyse, c'est qu'elle n'en paraît point. Elle si mesurée et si raisonnable, qu'elle n'a rien de commun avec les doctrines outrancières ou baroques de certains illuminés. »

III. — LE COMPLEXE DE SUPERIORITE OU LA VOLONTE DE PUISSANCE

Remarquons également que, déjà en 1937, le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, dans une conférence qu'il fit à l'Association des Médecins Automobilistes de France, mère de notre Automobile Club actuel, esquissait, en pensant au « complexe d'infériorité » d'ADLER, ce qu'il intitulait le « complexe de supériorité ». Il le voit comme lié à l'augmentation de l'élan vital, à un accroissement de l'instinct de conservation, entraînant, par là même, au point de vue psychologique, un épanouissement de l'orgueil; car l'orgueil, péché capital entre tous les péchés capitaux, est la manifestation psychologique de l'instinct de conservation. Il se manifeste par la fierté de soi, par la conscience de ses aptitudes, surtout vis-à-vis des aptitudes

sociales, d'où la volonté de puissance, si classique dans les librairies depuis les deux volumes qui ont été traduits par ALBERT du livre posthume de NIETZSCHE : « La volonté de puissance ».

« ... Il est vrai qu'à ce moment-là, NIETZSCHE, qui fut toujours un grand orgueilleux, était déjà touché par le tréponème qui, chatouillant ses méninges, déterminait cette triste terminaison par la paralysie générale. De telle sorte que cette volonté de puissance nietzschéenne peut être presque qualifiée comme un surégotisme stendhalien. Et cette volonté de puissance est exaltée dans des conditions pathologiques. »

Et voici les conclusions du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE qui sont courtes et au nombre de quatre :

« Il existe, je pense vous l'avoir montré, un complexe de supériorité. C'est une conquête psychanalytique qui me paraît incontestable. Ce complexe de supériorité a une très grande importance chez les automobilistes par la situation privilégiée de ceux-ci relativement aux piétons par l'augmentation de la volonté de puissance à la Nietzsche et l'exaltation corrélatrice des autres instincts selon une loi d'harmonie des seuils ; enfin, impression de force sur la masse même de la voiture ; et enfin par l'ivresse de la vitesse. »

En troisième lieu, ce complexe de supériorité a certainement ses dangers : danger de mort, d'accident, de querelle, d'injures aux agents de la force publique et autres réactions médico-légales telles que les viols, à point de départ plus ou moins « d'aphrodite ». Il faut donc essayer de trouver le traitement.

On peut trouver le traitement de l'exaltation du complexe de supériorité chez les automobilistes en s'adressant à la prophylaxie avant d'arriver au traitement. Au point de vue prophylactique, bien certainement, il y a lieu d'insister sur la nécessité d'une sélection plus rigoureuse au point de vue psychique des candidats au permis de conduire. Et non seulement au point de vue psychiatrique, il ne s'agit pas d'éliminer tous les psychopathes, les gens qui présentent des manifestations évidentes de psychose en évolution, mais simplement au point de vue psychologique, par l'analyse du caractère.

Le Professeur PIRET, lui aussi, souligne l'importance de « l'instinct de puissance » dont il fait la base du « plaisir de conduire ». Il souligne à cet égard que la conduite d'une automobile offre la possibilité de satisfaire cet instinct facilement avec une dépense minime d'énergie physique et morale et par une identification plus ou moins poussée, plus ou moins consciente de l'homme à la machine. Il note à ce sujet :

« Les plaisirs de la conduite sont bien réels, mais ils ne sont pas sans danger. Il ne faut pas perdre de vue qu'ils proviennent, en dernière analyse, de la satisfaction trop facile d'un instinct fort primitif. Le fait, pour un homme d'être investi brusquement, dès qu'il démarre, d'une puissance matérielle disproportionnée à ses moyens naturels et dont il dispose sans effort appréciable, constitue, en soi, une source possible d'abus et d'actes inconsidérés. Il y a là un élément au moins virtuel de déséquilibre affectif. »

En outre, l'identification à la machine a des résonances affectives incontestables. Vanter sa voiture, c'est essentiellement se vanter soi-même. Chez certains, l'exaltation entraîne même un véritable fanatisme à l'égard d'une marque ou d'un modèle.

La conduite est implicitement considérée par la plupart comme une aptitude fondamentale, car elle leur permet cette exaltation facile du sentiment de puissance.

Dans le même esprit, il faut relever ce sentiment que toutes les difficultés, toutes les responsabilités incombent aux autres. Chacun semble se considérer comme quasiment parfait, mais les problèmes proviennent des autres qui, cela est notoire, commettent tous les péchés.

Il est fréquent de constater que l'exaltation de l'instinct de puissance par identification à la machine crée un état de déséquilibre affectif favorable à la « régression », c'est-à-dire à un retour à des modes de comportement plus primitifs. L'anonymat et la vitesse permettent de se soustraire aux sanctions, l'impunité paraissant ainsi assurée, tout concourt à favoriser cette régression. Comme l'avait déjà bien vu Georges DUHAMEL, l'automobile tend à révéler l'être humain tel qu'il est, et il n'est pas toujours très beau.

IV. — L'AGRESSIVITE

Plus important sans doute est un autre élément affectif extrêmement répandu : l'agressivité.

Lorsque l'agressivité se manifeste dans le comportement d'un conducteur, elle risque fort de se montrer très dangereuse. Tous les actes du conducteur étant multipliés dans leurs effets de façon considérable par la puissance de la mécanique, les conséquences d'une attitude agressive risquent fort d'être particulièrement lourdes.

Si une certaine dose d'agressivité peut être considérée comme un constituant normal et même nécessaire de la personnalité, l'exagération de cette tendance trouve sa source principale dans la frustration. La frustration est le sentiment d'un sujet qui voit la réalisation de ses désirs, d'ordre plus ou moins instinctuels, limitée par une barrière. Les barrières sont nombreuses et de nature fort diverses : extérieures ou intérieures à l'individu, matérielles ou « morales », psychologiques ou sociologiques, biologiques ou économiques, nous ne pouvons même pas en énumérer ici toutes les catégories. Nécessairement, chaque être, tout au long de son existence, éprouve à chaque instant une frustration plus ou moins importante. Il a été démontré que toute frustration a pour corollaire inéluctable l'agressivité. Cette dernière est habituellement proportionnelle à la gravité de la frustration. Mais la façon d'apprécier la gravité est fort variable d'un individu à l'autre. Elle est, en effet, conditionnée non seulement par les facteurs héréditaires, mais encore et surtout par l'évolution affective subie.

Ce qui pour l'un sera sans importance deviendra capital pour un autre. Lorsque le développement de l'affectivité n'a pu se dérouler favorablement, butant sur un obstacle insurmontable, on assiste à ce que l'on appelle une fixation. Il a été observé qu'une hyperagressivité accompagnait souvent la fixation à un des stades précédant la maturité affective.

En règle générale, l'agressivité déclenchée par une frustration est aisément contrôlée par l'intéressé ; celui-ci peut,

par un effort de volonté, surmonter l'irritation qui a pris naissance en lui et, de cette façon, éviter qu'elle ne se traduise dans son comportement. Par contre, du fait d'une frustration ressentie comme particulièrement grave, ou s'il s'agit d'un hyperagressif, l'agressivité va se faire jour et se donner libre cours, la façon de conduire elle-même va pouvoir être qualifiée d'agressive : vitesse excessive (au moins relativement), dépassements dangereux, refus de se laisser doubler, mépris de la priorité, hâte injustifiée, accélérations brutales, freinages violents sans nécessité, éblouissements volontaires, énervement, grossièreté, fanfaronnades, imprévoyance totale.

Cette attitude est dirigée contre tous les autres usagers de la voie publique considérés comme n'ayant pas le droit de se trouver là puisqu'ils créent de nouvelles limites à qui souffre déjà d'en avoir trop rencontré à son gré.

V. — LE SENTIMENT DE CULPABILITE, L'ANXIETE ET L'AUTO-PUNITION

Donc, la frustration entraîne l'agressivité. L'agressivité à son tour entraîne un sentiment de culpabilité.

Dès le plus jeune âge, en effet, il nous a fallu apprendre que l'agressivité n'était pas admise dans notre société, qu'elle était répréhensible.

Fréquemment cet ensemble agressivité-culpabilité est une source d'anxiété. L'anxiété à elle seule est capable d'être une cause de danger. Eprouvant en lui la violence de sentiments non tolérés, un individu de cette sorte déployant un gros effort lutte en permanence contre lui-même pour que ses sentiments ne s'extériorisent pas. Il peut en arriver à en être presque paralysé. L'inhibition n'est pas un facteur favorable pour une conduite sûre; elle provoque des hésitations, des manœuvres maladroites ou intempestives et surtout exécutées à un mauvais moment.

Le maillon suivant de cette chaîne de sentiments va être l'auto-punition. La culpabilité prend tellement d'ampleur que logiquement elle cherchera à se résoudre par le châtiment de soi-même par soi-même. Dans le domaine des accidents, Mme DUNBAR est la première à avoir mis en évidence ce mécanisme. Les résultats qu'au départ elle a obtenus sont d'autant plus intéressants que sa recherche n'était pas orientée dans cette direction. Son étude d'accidentés a laissé apparaître manifestement qu'il y avait comme un besoin profond de se punir qui se trouvait résolu par l'accident.

Il serait certainement abusif de voir en ce processus, comme d'ailleurs en aucun autre pris isolément, la raison de toutes les causes d'accidents. Mais, comme tous les autres également, il doit être envisagé comme une des composantes d'un certain nombre d'accidents.

Les travaux américains constatent que le « contrevenant habituel conduit comme il vit ». En somme, le comportement au volant, malgré quelques caractéristiques tenant essentiellement à l'« agrandissement » provoqué par l'énergie mécanique, est du même ordre que le comportement habituel des individus. Nous sommes d'ailleurs assez tentés de croire que ces modifications dues à la situation de conduite ont, et auront toujours davantage, tendance à s'atténuer. Elles étaient tout à fait évidentes dans les débuts de l'automobile et pendant toute l'époque où cet engin nouveau n'était accessible qu'à un petit nombre de privilégiés.

Deux facteurs intervenaient alors : cette nouvelle sensation de maîtrise d'une puissance considérable et la discrimination accentuée à l'égard du « commun des mortels ». Ces deux facteurs étaient bien faits pour exalter « l'instinct de puissance » et aider à la formation d'un « complexe de supériorité ».

Mais à l'heure actuelle, l'automobile a perdu son caractère de nouveauté.

Elle n'est plus un instrument extraordinaire : elle s'est tout à fait banalisée. Chacun ou presque a la possibilité d'entrer en possession ou, tout au moins, de conduire une voiture. Tout individu, et même depuis son plus jeune âge, est habitué à

avoir à sa disposition une quantité d'énergie importante dont il peut user à son gré. Ces faits semblent de nature à faire disparaître progressivement ces derniers éléments émotionnels envisagés.

VI. — LES CARACTERISTIQUES PERSONNELLES

Il faut citer quelques exemples des études qui ont amené les chercheurs spécialisés à considérer que la conduite automobile est seulement un aspect particulier de la conduite en général, c'est-à-dire du mode de vie de l'individu, conditionné par ses caractéristiques personnelles.

Ce qui différencie le plus et de façon statistiquement significative les conducteurs fréquemment accidentés des autres, ce sont, dans un ordre d'importance décroissant : l'agressivité enfantine (nettement en tête), puis la boisson, la mauvaise adaptation à l'école, les punitions fréquentes dans l'armée, la conscience du physique, l'absence d'occupations extra-professionnelles, le fait d'avoir eu des parents sévères et peu unis, des parents divorcés, une phobie enfantine, le fait d'admettre le concubinage, des renvois professionnels, cinq emplois ou plus. Par contre, ne différencient pas du tout les deux groupes : le lieu de naissance, urbain, une scolarité complète avec diplôme.

De même, on s'est aperçu que les contacts des individus avec certaines institutions sociales pourraient bien refléter des tendances antisociales ou une mauvaise adaptation aux exigences sociales et économiques de la vie.

- Ainsi, 66 % des conducteurs accidentés sont connus d'un ou plusieurs services, contre 9 % des non accidentés.
- 34 % des accidentés sont connus au crédit municipal contre 6 % des autres.
- 32 % des accidents sont connus par plus d'un service contre 0 des autres.

- 18 % des accidentés sont connus des services sociaux contre 1 % des autres.
- 14 % des accidentés sont soignés pour la maladie vénérienne contre 0 des autres.
- 34 % des accidentés sont connus des tribunaux (sauf affaires de circulation) contre 1 % des autres.
- 17 % des accidentés sont connus des tribunaux pour enfants contre 1 à 2 % des autres.

Cette répartition des pourcentages paraît assez impressionnante et semble bien justifier l'aphorisme « un conducteur conduit comme il vit ». « Comment pourrait-il faire autrement ? », nous disait récemment le Docteur LINDEGARD, psychiatre suédois qui se penche aussi sur ces questions.

En conclusion, l'importance primordiale des facteurs psychiques dans le problème de la sécurité de la circulation est certaine.

En ce qui concerne l'intelligence, il n'y a pas beaucoup à débattre, l'accord se faisant spontanément. Par contre, nous avons tenu à souligner l'apport considérable pour une meilleure compréhension, de l'étude des éléments caractériels et affectifs surtout envisagés en profondeur. Malgré des oppositions superficielles, personne ne songe plus à négliger ces aspects.

CONCLUSIONS

La pathologie liée au développement de l'automobile est en plein essor. Malheureusement, le nombre des victimes, sans parler des innombrables infirmes qui « traînent » une existence misérable toute leur vie à la suite des séquelles d'accidents de la circulation, va sans cesse croissant.

Pourtant, dans l'immense majorité des cas, l'accident est lié à un facteur humain, et notre rôle à nous praticiens, est de prévenir dans la mesure du possible l'accident.

L'immense majorité des individus pilotant un engin à moteur peut mieux conduire.

Le médecin peut et doit donner des conseils judicieux, voire des soins sur le plan somatique mais aussi sur le plan d'hygiène mentale.

Il faut attirer l'attention de nos malades sur telle ou telle déficience et les inciter à faire un effort pour les compenser, au besoin les inciter à voir un spécialiste.

Quand l'accident est arrivé, il faut faire vite. Le législateur et les Pouvoirs Publics doivent ici faire un gros effort en collaboration étroite avec le Corps Médical. Des projets de lois ont été déposés. Espérons que leur application permettra de secourir rapidement, donc efficacement les blessés de la route... que nous risquons tous de devenir un jour...

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MERLE D'AUBIGNE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- BOURRET (P.). — L'armement traumatologique français. (*Rev. du Praticien*, juillet 1958.)
- CAYE (P.E.). — Assises régionales de Nice sur les accidents de la route. (*Revue Automobile Médicale*, 10 juin 1960.)
- COUSIN (J.P.). — Quelques facteurs médicaux à connaître dans la prévention des accidents de la route. (*Journ. Méd.*, juillet 1962.)
- LAPIERRE (Dominique). — Sur les routes de France, un Hiroshima tous les six ans. (*Paris-Match*, n° 711.)
- ELKOUBY (M.). — Statistiques de la Direction des Routes et de la Circulation Routière. Ministère des Travaux Publics, 1959.
- FORSAC. — Bilan des accidents de la route. (*Toulouse Médical*, août 1961.)
- FOUCHÉ. — La prévention des accidents de la route. (*Rev. du Praticien*, 21 juillet 1958.)
- GRAVEL (P.). — Psychologie de mauvais conducteur. (*Rev. du Praticien*, 1958.)
- KEARNEY (J.). — Ce qu'enseignent les statistiques en matière d'accidents de la route. (*Revue du Praticien*, 21 juillet 1958.)
- MAC FARLAND (R.A.). — Human factors in traffic accident. (*Harvard School of Public Health*, Boston, 1955.)
- MERLE D'AUBIGNÉ (R.) et RAMADIER (J.O.). — Les traumatismes du rachis et des membres consécutifs aux accidents de la route. (*Rev. du Praticien*, 1958, VII, 21.)

MONOD (R.). — *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1962, 146, 13, 14, pp. 254-257.

PÉTRIGNANI (R.). — Pour une sécurité maximale, l'automobile idéale.
(*Rev. du Praticien*, 1958, 2.467, VIII, 21.)

PIRET (R.). — Psychologie de l'automobile et sécurité routière. (Paris, Eyrolles éd., 1952.)

RICHET (Ch.), MONOD (R.), MANS (A.), ARNAUD (M.). — Les accidents de la route. (*Communication de l'Académie Nationale de Médecine*, 14 janvier 1958.)

ROCHE (M.). — Le rôle de la prévention des accidents de la circulation.
(*Le Travail Humain*, juin 1954.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	21
<i>Chapitre I. — Rappel statistique</i>	<i>24</i>
— <i>Les chiffres</i>	<i>24</i>
— <i>Les enseignements statistiques</i>	<i>25</i>
<i>Chapitre II. — Secours routier et centres de traumatologie</i>	<i>32</i>
<i>Chapitre III. — Rappel de quelques facteurs médicaux dans la prévention des accidents de la route</i>	<i>35</i>
— <i>Les inaptitudes caractérielles</i>	<i>35</i>
— <i>Les inaptitudes de cause toxique</i>	<i>36</i>
— <i>La fatigue et certains produits psychotropes</i>	<i>37</i>
<i>Chapitre IV. — Eléments de psychologie du mauvais conducteur</i>	<i>40</i>
— <i>L'intelligence</i>	<i>40</i>
— <i>L'émotivité</i>	<i>42</i>
— <i>Le complexe de supériorité ou la volonté de puissance</i>	<i>44</i>
— <i>L'agressivité</i>	<i>47</i>
— <i>Le sentiment de culpabilité, l'anxiété et l'auto-punition</i>	<i>48</i>
— <i>Les caractéristiques personnelles</i>	<i>50</i>
Conclusions	53
Bibliographie	54

